

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 46

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS RÉTRO-VÉSICAUX
chez les Prostatiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 10 Decembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry TRICOIRE

né à LAVELANET (Ariège) le 16 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS RÉTRO-VÉSICAUX
CHEZ LES PROSTATIQUES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 46

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS RÉTRO-VÉSICAUX
chez les Prostatiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Decembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henry TRICOIRE

né à LAVELANET (Ariège) le 16 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	WEIL.
Clinique des maladies des femmes.....	VILLARD.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.....	BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	X.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
ROGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAYET, président ; THÉVENOT Léon, assesseur ;
COTTE et DUROUX, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE, LE CAPITAINE TRICOIRE

A MA MÈRE

Faible témoignage d'amour et de
reconnaissance.

A MES SŒURS, MARTHE ET MADELEINE

A MON COUSIN, LE DOCTEUR RAOUL TRICOIRE

A MA COUSINE FRANÇOISE

Que j'espère voir guérie sous peu.

A MON ONCLE J.-B. ROUZAUD ET A TANTE PHILOMÈNE

A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

*Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Lyon
Chirurgien des hôpitaux*

Il nous a proposé le sujet de cette
thèse et ne nous a ménagé ni son
temps ni ses conseils.

Qu'il veuille bien croire à toute
notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THEVENOT

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DE TOULOUSE
ET DE LYON

A NOS CHEFS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS RÉTRO-VÉSICAUX CHEZ LES PROSTATIQUES

CHAPITRE PREMIER

Introduction

M. le Professeur Gayet a eu l'occasion d'observer, l'hiver dernier, dans son service hospitalier de l'Antiquaille, trois malades atteints d'adénome prostatique qui présentaient, en outre, chacun un abcès rétrovésical ou rétrocervico vésiculaire.

Ces abcès, qui se trouvaient haut placés et qui ne se manifestaient par aucun signe net, étaient d'un diagnostic difficile.

Pour l'un des malades même, chez lequel l'affection fut particulièrement insidieuse, l'abcès ne put être malheureusement découvert qu'à l'autopsie.

M. le Professeur Gayet a bien voulu nous confier ces observations pour en faire le point de départ de notre thèse.

Nous avons pu trouver, difficilement d'ailleurs, quelques observations semblables aux siennes. Leur petit nombre tient à ce fait que nous nous sommes volontairement cantonnés dans l'étude des abcès rétro vésicaux

banaux chez les prostatiques. Nous avons laissé de côté tous les abcès tuberculeux, gonococciques ou cancéreux, ainsi que les cas douteux qui pouvaient être simplement rétroprostatiques.

C'est pour ces différentes raisons que nous avons éliminé les cas de Bréchet (1903), Legueu (1913), Verliac et Charrier (1921), Lepoutre et Genouville (Paris, 1921).

Une autre cause de la rareté des observations est peut-être que l'insidiosité de l'évolution de ces abcès doit les faire souvent passer inaperçus et qu'il faut des autopsies très complètes pour arriver à les mettre en lumière.

C'est pourquoi nous croyons ne pas avoir fait œuvre inutile, si, comme nous l'espérons, notre modeste travail attire l'attention sur cette complication parfois redoutable du prostatisme.

CHAPITRE II

Historique

Les abcès que nous étudions rentrent dans la grande catégorie des abcès périvésicaux et des périprostatites suppurées.

Il est souvent question, sous un nom ou sous un autre, de ces affections dans les observations ou les ouvrages des anciens auteurs, notamment dans les périodiques du siècle dernier. C'est ainsi que DEMARQUAY publia, en 1856, des observations de phlegmons périprostatiques recueillies par Paupert (*Gazette des Hôpitaux*). LE DENTU fit des travaux sur la question, travaux que nous n'avons pu nous procurer, mais FÉLIX GUYON (*Affections chirurgicales de la vessie*, p. 988), résumant, comme il le dit, les travaux de Le Dentu et les siens, commençait par dire qu'il s'agit de faits peu connus et méritant d'être étudiés de plus près. Pour lui, les abcès périprostatiques sont secondaires à une infection de la prostate. Il signale les pathogénies

vraisemblables sans se prononcer et distingue pratiquement les phlegmons périprostatiques par propagation a) d'emblée, b) prostatite phlegmoneuse diffuse) et les phlegmons par diffusion (collection purulente intraprostatique qui fuse à l'extérieur). Les symptômes fonctionnels seraient ceux de la prostatite, mais avec une plus grande intensité en ce qui concerne les symptômes vésicaux. Au toucher rectal on aurait également les symptômes de la prostatite en plus étendu. La muqueuse rectale semblerait notamment plus près du doigt et moins souple que dans la prostatite.

En 1880, SEGOND pense que les abcès périprostatiques sont rares chez les vieillards et qu'ils tendent le plus souvent à s'ouvrir vers la partie inférieure de la loge. Mais l'abcès rétrovésical est rarement étudié à part. CIVIALE, en 1848, parle bien, dans son *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires* (page 246), d'un abcès formé entre le rectum et la vessie, mais il s'agit vraisemblablement, d'après le contexte, d'une suppuration d'origine gonococcique et il ne s'arrête pas à décrire la lésion. Il est évident, du reste, que jusqu'à Pasteur, il ne peut être question que de pus, louable ou non, mais jamais d'abcès à microbe banal.

ROCHET, en 1897 (*Archives provinciales de Chirurgie*), dans un article sur les abcès de la vessie chez les vieux urinaires, écrit que :

« Les cas de périecystite sur la face postérieure de la vessie semblent être les plus habituels, après ceux de la face antérieure de l'organe, si on en juge par les observations recueillies çà et là dans les auteurs.

« Nous en avons observé, par hasard, deux beaux exemples à l'amphithéâtre, sur deux vieux prostatiques. Chez l'un d'eux, il y avait deux petits abcès sous-muqueux sur la face postérieure de l'organe, et, en même temps, une collection purulente assez volumineuse, étendue en nappe derrière la vessie elle-même, entre celle-ci et le cul-de-sac recto-vésical en arrière, et qui descendait jusque dans le triangle interdéférentiel, mais sans rapport apparent avec la prostate. Chez l'autre, il y avait aussi un gros abcès recto-vésical, sans autre suppuration dans la paroi même du viscère, ni du côté de la prostate. Mais les lésions de la muqueuse étaient intenses sur le sujet, et, en outre, la muqueuse du bas-fond était remplie de petites ulcérations. » Et plus loin :

« C'est précisément à la cystite chronique des vieux prostatiques que se rapportent presque toutes les observations publiées de ces périscystites suppurées et étendues, d'origine non spécifique, ni tuberculeuse ni cancéreuse bien entendu. »

SAINT-CÈNE, en 1900, écrit dans les conclusions de sa thèse, que la prostatite est fréquente dans l'hypertrophie prostatique et que l'infection peut donner des abcès qui sont susceptibles de faire apparaître tous les accidents de l'infection urinaire, y compris le phlegmon périprostatique ou périvésical.

BRÉCHOT, en 1903 (*Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, page 1.717), décrit trois cas d'abcès « rétro-cervico-vésiculaires », dont le premier concerne un malade qui subit la périnéotomie. Ce fut l'occasion de découvrir « une collection volumineuse ayant transformé l'espace pelvien supérieur en une véritable loge de pus ». La prostate, qui ne présentait aucun orifice, était une « vaste coque de pus ». En 1909, DESNOS et MINET (*Traité des maladies des voies urinaires*), à l'article suppurations périprostatiques,

les signalent comme une rareté (p. 317), malgré la thèse de l'un d'eux (Minet, 1900), mais insistent sur les abcès qui surviennent chez les prostatiques. Il faut, disent-ils, les rechercher quand apparaissent des orchépididymites, lorsque la fièvre ne cesse pas par les cathétérismes ou la sonde à demeure, même lorsqu'il n'y a pas de fièvre, pas d'urines troubles, pas de douleurs prostatiques. Quand l'état général s'altère, cela doit suffire pour les rechercher, car ces abcès restent souvent latents.

De 1910 à 1913, AVERSENQ et DIEULAFÉ, de Toulouse, s'occupèrent des péricystites. Ils en firent une remarquable étude, dont nous allons profiter dans notre chapitre d'anatomie. Nous signalerons le résultat de leurs injections rétrovésicales de gélatine :

« Les injections portées en arrière de la vessie ont une tendance naturelle à remonter le long de la paroi postérieure de cet organe et gagner son sommet et aussi à contourner ses parois latérales et faire issue en avant de lui. C'est bien plus rarement que les injections effondrent l'aponévrose prostatopéritonéale et qu'elles envahissent l'espace prérectal ou encore qu'elles détruisent les adhérences de cette paroi aponévrotique au plan des vésicules séminales et qu'elles descendent jusqu'au plan périnéal. »

CHAPITRE III

Anatomie normale

Nous appellerons abcès rétrovésicaux ceux qui se trouvent à la fois en arrière de la vessie, en avant du rectum, au-dessous du péritoine et au-dessus de la prostate.

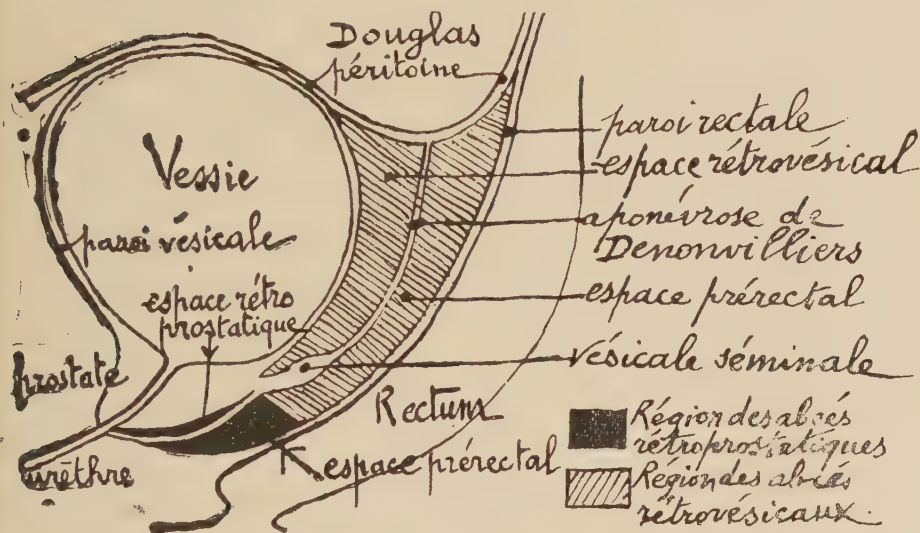
L'espace rétrovésical proprement dit des anatomistes est limité en arrière et en bas par la face antérieure de la gaine des vésicules séminales, c'est-à-dire par l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers. Au-dessous des vésicules, l'aponévrose périprostatique postérieure, qui n'est autre chose que la continuation de l'aponévrose de Denonvilliers, tapisse la face postérieure de la prostate, laissant un espace cellulaire plus ou moins important entre cette dernière et elle-même. Cet espace ne fait pas partie de l'espace rétrovésical et est appelé espace rétroprostatique (Aversenq). L'espace compris entre le rectum en arrière, l'aponévrose de Denonvilliers en haut et en

avant, l'aponévrose périprostatique postérieure en bas et en avant, est appelé espace prérectal. D'après notre définition, *seront rétrovésicaux tous les abcès situés dans l'espace rétrovésical anatomique et dans la partie de l'espace prérectal située en arrière de l'aponévrose de Denonvilliers*. Nous appelons rétroprostatiques, les abcès situés dans l'espace rétroprostatique et dans la partie de l'espace prérectal située en arrière la prostate.

Nous rappellerons que les *veines de la région* sont nombreuses et forment quatre plexus très importants, les deux plexus séminaux qui reçoivent entre autres les veines vésicales du groupe postérieur, et les deux plexus vésico prostatiques dans lesquels vont se jeter les veines du groupe latéral. Ces deux plexus communiquent d'ailleurs largement entre eux et avec le plexus de Santorini par des anastomoses nombreuses. Ils communiquent également avec les importants réseaux veineux du rectum par des anastomoses et par l'intermédiaire des honteuses internes et du plexus de Santorini.

Il faut attacher une grande importance aux *lymphatiques de la région*. En général, on se contente de dire que les lymphatique de la vessie, de la prostate, du rectum et des vésicules séminales aboutissent aux ganglions iliaques externes et hypogastriques. C'est, qu'en effet, la question devient très discutée quand on pénètre dans les détails. Néanmoins, il est admis en général que la vessie est riche en lymphatiques muqueux musculaires et sous-séreux, ces derniers très développés.

On admet également l'existence de ganglions péri-vésicaux (Rochet, loc. cit.) et de troncs lymphatiques intraprostatiques qui se jettent dans le plexus à mailles serrées qui, d'après Sappey, s'étend de la partie



postérieure du ligament de Carcassonne au cul de sac vésico rectal du péritoine. Il existe enfin des ganglions (signalés par Lannelongue le premier) sur les côtés et en avant du rectum.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nous étudierons d'abord la poche de l'abcès (ses dimensions, sa forme, ses parois), puis le pus lui-même.

POCHE. — Ses *dimensions* sont variables et peuvent être minimales au début de la formation de l'abcès. Cependant, à la période d'état, dans nos observations, l'abcès est assez grand, du volume d'un verre en moyenne : obs. 1, un poing ; obs. 2, un verre ; obs. 3, un grand verre, 4 volume indéterminé, phlegmon diffus périvésical, 5 abricot, 6 large, 7 vaste clavier, 8 large et haut de quatre travers de doigt. *La forme* est beaucoup plus variable. Nous remarquons cependant que l'abcès a tendance à prendre la forme en croissant, soit autour de la vessie, soit autour du rectum, soit autour de la prostate (tout en donnant ça et là quelques pseudopodes accessoires). Ceci est logique d'ailleurs, car les organes voisins de l'abcès sont

arrondis. Voici en tout état de cause ce que nous donnent les observations : 1 croissant (dont la concavité est remplie par le rectum), communiquant par un trajet en bouton de chemise avec une poche inférieure située en arrière et à droite de la prostate et par un orifice circulaire avec le rectum. 2 et 3 n'indiquent rien. 4 forme circulaire périvésicale, 5 forme arrondie, 6 pas d'indications, 7 forme en croissant autour de la vessie (en arrière et à droite). 8 La seule forme vaguement cubique avec fusée en avant et à gauche sur les parties latérales de la prostate et de la vessie.

Les parois de la poche peuvent être souples, sans adhérences et paraître saines (6). En général, il n'en est pas ainsi et l'on a l'un des trois cas suivants :

1° Une frontière de fausses membranes tapissant la vessie, les vésicules, la prostate, le péritoine et le rectum (obs. 5 et 6 dans laquelle on précise qu'elles sont grisâtres et feuilletées) ;

2° Une paroi dure cicatricielle englobant une prostate fondue (3) ;

3° Une paroi à peu près inexistante constituée principalement par les organes voisins en mauvais état et par une réaction du Douglas. C'est le cas le plus fréquent. La vessie sera infiltrée ou criblée d'abcès intramusculaires (ob. 1 et 8), perforée (2), une vésicule séminale pourra être détruite (7). Le rectum est perforé dans l'observation 1.

Enfin la prostate est le plus souvent très malade, présentant soit de la prostatite (obs. 1 lobe gauche ; 2, 4, 8, lobe gauche), soit un abcès (1 lobe droit), soit une fonte complète (3).

Sur le *pus* de l'abcès, qu'on ne décrit pas dans les observations 3, 5, 6, 7 et 8, nous avons peu de renseignements. Il est bien lié deux fois (1 et 2), mal lié une fois (4). Il est en général fétide (2 et 4). Lorsque l'abcès communique avec la vessie, il doit être mélangé d'urine. Dans l'obs. 1, où existe une fistule rectale, la teinte grisâtre signalée est peut-être causée par des matières fécales.

CHAPITRE V

Etiologie

1° Les abcès que nous étudions, pour être rétrovésicaux, n'en sont pas moins des abcès et reconnaissent les causes des abcès en général. Nous rappellerons brièvement à ce sujet, pour être complet, que la cause d'un abcès peut être soit microbienne, soit toxique (substance étrangère telle qu'un antiseptique ou simple exotoxine microbienne). Le microbe ou le produit toxique peut arriver dans la région qui sera plus tard le siège de l'abcès, soit par la voie sanguine (c'est le cas des régions normalement très vascularisées), soit par la voie lymphatique, spécialement dans les régions riches en ganglions.

Enfin, l'étiologie la plus simple des abcès c'est l'infection des régions voisines, c'est-à-dire la propagation cellulaire par contiguïté. L'abcès, une fois formé, le pus peut fuser en profitant des points faibles (espaces cellulaires, plans de clivages, trajets vasculo nerveux).

Ceci dit, quelles sont les étiologies vraisemblables des abcès rétrovésicaux ?

D'abord le rectum constitue un magnifique réservoir à microbes. Dans les cas de constipation opiniâtre, les matières se putréfient sur place et les microbes infectent la muqueuse très facilement, surtout lorsque des matières dures ulcèrent cette muqueuse.

Il est à remarquer que l'hypertrophie prostatique, qui rétrécit la lumière rectale, favorise la constipation. Pour peu que l'infection de la muqueuse soit importante, elle traversera vite la paroi rectale par contiguité et atteindra notre région. Si le sujet est porteur d'hémorroïdes, la stase veineuse appelle l'infection et la phlébite. Les réseaux veineux périrectaux communiquent par de nombreuses anastomoses avec les veines périprostatiques. Celles-ci, dans certaines autopsies (Segond, Carpentier, Méricourt, Moysant), ont été trouvées remplies de pus. De là aux plexus séminaux, il n'y a pas loin, et ceux-ci une fois infectés, il suffit d'une perforation veineuse pour que le pus soit en plein espace rétrovésical.

De même que le rectum, la vessie est une source d'infection. En effet, il est fréquent de voir un bas-fond où stagne une urine qui ne demande qu'à s'infecter. Il en est de même pour celle qui remplit les diverticules vésicaux et les cellules, dont certaines finissent par devenir des cavités closes, remplissant toutes les conditions voulues pour la pullulation des microbes qui arrivent dans la vessie, quelquefois du rein par les urines. La plupart du temps les sondages infectent la vessie des prostatiques qui n'avaient pas encore leur

cystite chronique d'origine uréthrale ou prostatique. Grâce aux traumatismes de la sonde, du lithotriteur parfois ou des calculs qui se forment facilement dans le bas fond, il se produit trop souvent des ulcérations de la muqueuse qui servent d'amorce à des infiltrations d'urine septique, donnant des abcès urinaires. Sans laisser filtrer l'urine, ces ulcérations peuvent d'ailleurs permettre l'introduction directe des agents pyogènes au sein des tissus interstitiels, puis périvésicaux. Sans ulcérations, la cystite peut d'ailleurs devenir totale et donner des abcès interstitiels qui peuvent s'ouvrir au dehors. Enfin, une cystite simplement muqueuse, est susceptible d'infecter la région rétrovésicale par la voie des lymphatiques et des ganglions périvésicaux.

La prostatite, rare chez le prostatique d'après Pousson (*Précis des maladies des voies urinaires*, p. 327), est fréquente au contraire, comme l'a reconnu Desnos (*Dictionnaire Dechambre*). Albarran et Frisch la mirent en relief. Enfin, Saint-Cène consacre une thèse aux abcès latents de la prostate du prostatique. Il y fait remarquer que la congestion permanente, la rétention des sécrétions prédisposent à l'infection. Les glandes prostatiques sont obstruées et les muscles expulseurs perdent de leur action. Un grand nombre de prostatiques ont eu autrefois de la prostatite et leur glande a pu rester infectée. L'infection se réveille, surtout si l'adénome est dû, comme certains le soutiennent, à une infection. Sinon une vieille urétrite banale post gonococcique, une sonde, une cystite apportent vite le microbe dans la prostate. Celle-ci peut

être infectée d'ailleurs par voie sanguine (prostatites grippales de Gayet), par furonculose, état septicémique). Enfin, de même que la cystite peut être due à une prostatite, la prostatite peut être causée par une cystite.

Maintenant que la prostate est infectée, la périprostatite est possible et même, malheureusement, fréquente comme le constate Saint-Cène. La périprostatite peut être due à une fusée de pus venant d'une collection intra prostatique ou être une localisation initiale du pus, mais dont la cause réside dans une prostate enflammée

Comme pathogénie, nous avons la propagation par contiguïté, l'abcès périphlébitique. Suivant l'expression de Tuffier, il y a là un véritable carrefour veineux dont le centre est la prostate et l'adénite périprostatique (signalée la première fois par Lannelongue dans une communication à la Société de Chirurgie le 11 septembre 1878).

Les vésicules séminales, comme nous le faisait remarquer M. le Professeur Thévenot, sont placées au centre des abcès rétrovésicaux et, comme elles sont souvent infectées, il est logique de penser à elles comme origine de ces abcès. Etant donné qu'elles sont ou intactes ou complètement détruites dans nos observations, celles-ci ne peuvent pas nous donner d'indication. Nous pouvons seulement dire que les veines et les lymphatiques périvésiculaires sont assez importants pour que ce que nous avons dit de la prostate puisse s'appliquer à plus forte raison aux vésicules. L'urèthre rompu est souvent la cause d'infiltra-

tions d'urines, qui remontent fort haut (Legueu, 1913), et qui peuvent donner des abcès un peu partout en arrière de la prostate et autour de la vessie. Nous n'insisterons pas sur ce sujet et nous terminerons en disant que les aponévroses auxquelles les anatomistes attachent tant d'importance ne sont, le plus souvent, que des épaissemens cellulux autour des vaisseaux, épaissemens plus ou moins importants qui sont toujours susceptibles d'être traversés par l'infection ou le pus. Aversenq et Dieulafé ont montré leur peu de résistance par des injections de gélatine faites à Toulouse en 1913 (Aversenq, *Les Péricystites*, page 6 de l'ouvrage « dix-septième session de l'Association française d'urologie, octobre 1913, Doin, éditeur, 1914).

3° Etiologies probables dans nos observations.

Dans l'observation 1, l'étiologie nous semble être la suivante : Un abcès s'est formé dans la prostate (lobe droit), a fusé dans la paroi vésicale, laquelle s'est infiltrée et l'infection s'est propagée en arrière de la vessie.

Nous rangeons donc ce cas parmi les abcès rétro-vésicaux d'origine prostatique quoique, à première vue, on puisse penser plutôt à une origine vésicale.

Dans l'observation 2, la prostate laisse sourdre du pus à la pression et nous avons un abcès en arrière et au dessus. La prostate, une fois enlevée, l'abcès se reforme. On n'avait pas trouvé sur la prostate d'orifice de communication. Ici nous ne pouvons indiquer aucune étiologie.

Dans l'observation 3, nous croyons pouvoir penser que la prostate a été détruite par une suppuration qui s'est propagée au dessus.

Dans l'observation 4, l'origine doit être considérée avec l'auteur, Boeckel, comme prostatique.

Dans l'observation 5, de M. le Professeur Rochet, le malade a de la cystite, des hémorroïdes. Il est difficile de se prononcer d'autant plus qu'il a évacué du pus par la verge. Venait-il de la prostate, ou de l'abcès par l'intermédiaire d'un orifice à travers la vessie ? En l'absence de rapport d'autopsie, nous ne pouvons le savoir, mais puisque les urines étaient claires, il est plus naturel de donner une origine prostatique au pus qui sortait entre la sonde et la verge.

Quand au pus de l'abcès lui-même, il n'est pas possible de dire s'il était d'origine prostatique ou consécutif à une vésiculite. Nous ne concluerons donc pas.

Dans l'observation 6, de Therre, le malade avait des urines purulentes, d'odeur désagréable. Avait-il un abcès d'origine vésicale à travers une mauvaise paroi ? Son abcès était-il secondaire à une infection de la prostate ? Il est impossible de le savoir.

Dans l'observation 7, de Segond (XXIX), l'étiologie de l'abcès doit être recherchée, d'après l'auteur, dans une infiltration de la paroi vésicale.

Il nous semble que la suppuration peut avoir une origine complexe et être due en même temps qu'à

l'infiltration du bas fond vésical à une vésiculite et à une prostatite.

Néanmoins, nous rangerons ce cas parmi ceux où l'abcès a une origine vésicale.

Dans l'observation 8 (XXVIII de Segond), étant donné la forme de la poche de pus, qui contourne la face latérale gauche de la prostate, on pourrait voir un rapport entre l'abcès et les gouttelettes blanchâtres que laisse sourdre à la pression le lobe gauche de la prostate. On ne peut pourtant pas conclure que l'abcès est d'origine prostatique. Nous dirons seulement qu'il semble rentrer dans cette catégorie.

— Nous avons donc trois cas d'abcès d'origine prostatique, un cas d'abcès d'origine vésicale, et quatre cas dans lesquels on ne peut pas porter de jugement précis.

Le dernier cependant (obs. 8) semble devoir se rattacher à la première catégorie, ce qui ferait une majorité en faveur de l'origine prostatique des abcès que nous étudions. Il ne faut pas oublier qu'un malade âgé, soumis à des interventions ou à de simples manœuvres pendant l'hiver, peut faire une localisation grippale au niveau de ses espaces rétrovésicaux et rétroprostatiques fatigués et forcément tourmentés par le traitement.

CHAPITRE VI

Symptômes et évolution

La température est le seul signe pratiquement constant que nous relevions. Quoiqu'elle ne soit pas indiquée dans l'observation VI, il en est question dans tous les autres cas. Elle demeure quelquefois au-dessous de 38°. Tel est le cas d'un malade de M. le Professeur Gayet, qui est resté durant tout son séjour à l'hôpital, entre 37 et 38, à part 4 ou 5 soirs espacés d'ailleurs les uns des autres, où il a atteint 38,3, 38,5 (obs. 2).

En général, il est rare que la température s'écarte beaucoup de 38, 38,5. Cela semble être le cas des observations 4 et 7. Pour les observations 1, 3, 5, nous pouvons l'affirmer, ayant les feuilles de température. Les poussées vers 39 ou les chutes à 37,5 sont rares et éphémères dans ces 5 observations.

Dans un seul cas (obs. 8), le malade est resté pendant un mois environ avec une fièvre vespérale de 38,5 à 39.

La douleur est tout à fait inconstante. Elle est signalée deux fois au toucher rectal (2 et 3), il est question de cuisson vive à la fin de la miction (5) ou de douleurs en voiture et en chemin de fer, somme toute rien de précis. Les urines sont le plus souvent troubles et purulentes (2, 4, 5, 6, 8). Elles peuvent être hématuriques (5) ou lithiasiques (7 et 8).

Au *toucher rectal*, on a eu une fois la chance de sentir un bas fond vésical infiltré (5) ou un empâtement en arrière et au dessus de la prostate (8). Plus souvent, la tumeur, ou l'empâtement, est difficile à situer en arrière ou au dessus de la prostate, car elle refoule le rectum sur une grande étendue (1 et 2). L'empâtement peut être plus limité, soit situé sur un des côtés de la prostate, soit simplement au niveau de celle-ci, qui donne du pus par l'urèthre quand le doigt la comprime (2 et 5). Donc, deux fois seulement sur huit, on a senti de l'infiltration ou de l'empâtement au dessus de la prostate.

Les *symptômes généraux*, quand ils existent, signifient simplement que le sujet a un mauvais état général et sont essentiellement variables d'un sujet à l'autre. Il est par exemple question d'obstruction intestinale (1), d'anorexie (8), de congestion aux bases pulmonaires (5), faits relativement isolés, sans association ou à peu près avec d'autres symptômes chez le malade. D'ailleurs qu'est-ce qui prouve que ces symptômes sont forcément dus à l'abcès ? Un symptôme peut-être plus fréquent, c'est la cachexie, qui ne fut d'ailleurs nette que deux fois (2 et 4). Dans le cas de Bœckel (4), elle est d'ailleurs associée à une infil-

tration de la verge, des bourses et du périnée, si bien que tous les signes de cachexie qu'il décrit semblent, à première vue, être liés à tout autre chose qu'à l'abcès rétrovésical.

En ce qui concerne l'évolution, nous distinguerons les cas bénins et les cas graves. Les cas bénins se réduisent à un seul, celui de Therre. L'abcès, découvert pendant la prostatectomie, est vidé et les suites sont excellentes. Cas exceptionnel. Les cas graves sont la règle. Ce sont ceux dans lesquels surviennent des complications. L'infection peut gagner les régions voisines (fistules faisant évacuer le pus dans le rectum, ou la vessie, péritonite du Douglas, fusées vers le périnée), ou passer dans la circulation et donner des septicémies. Celles-ci peuvent être mortelles ou amener simplement des métastases plus ou moins graves dans les divers organes. Dans nos observations, nous relevons une périprostatite avec fusées multiples vers la région inguinale et le long du psoas avec péritonite (7), une orchite (2 et 8), une fistule périnéale (2), un abcès urinaire du scrotum (2), une ouverture dans le rectum (8), du pseudo rhumatisme infectieux (3), une infiltration des bourses, de la verge et du périnée (4), enfin et surtout de la septicémie. Celle-ci doit probablement exister, avec une plus ou moins grande intensité, toutes les fois qu'un prostatique affaibli fait une complication infectieuse, c'est-à-dire presque toujours. Elle est nettement marquée assez souvent (1, 5 et 8). Lorsque le malade est assez résistant, il traîne, mais triomphe de l'abcès et de ses complications (2, 3, 4). Si celles-ci sont plus graves ou si le sujet est particu-

lièrement affaibli, le cas grave devient mortel. Dans les observations 1, 5 et 8, la mort a été causée par une septicémie, tandis qu'un prostatique de Segond (7) a succombé à une péritonite.

Somme toute, les abcès rétrovésicaux, dont la symptomatologie est très obscure et l'évolution insidieuse, sont très graves, puisque nous avons quatre cas de mort sur huit observations.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Sitôt que le sujet présente de la fièvre, on pense à toutes les causes de température et de mauvais état général chez les opérés urinaires: infection légère de la plaie hypogastrique, bronchite ou congestion pulmonaire souvent coexistante, poussées de pyélonéphrite, les urines étant troubles et purulentes. Rien n'attire l'attention sur une suppuration profonde.

Après avoir constaté que les symptômes ne sont pas en rapport avec l'infection de la plaie hypogastrique, on éliminera la bronchite et la congestion par un examen facile des poumons.

La *pyélonéphrite* étant très fréquente chez les prostatiques, il faudra s'attacher à en rechercher les signes. Elle peut être confondue avec l'abcès rétrovésical lorsqu'il y a pyurie (communication avec la vessie ou prostatite suppurée concomitante), mais les douleurs rénales (spontanées ou provoquées par la pression au point costovertébral de Guyon ou au point

sous-costal), la sensibilité de l'uretère (point para ombilical), la tuméfaction rénale, sont des signes qui ne se trouvent pas dans l'abcès rétrovésical pur de toute pyélonéphrite associée.

Si la *cystite* n'augmente pas d'intensité (ce qu'il est facile de voir par l'importance de la triade pathognomonique, fréquence des mictions, douleur à la miction et pyurie), il faudra chercher ailleurs la cause de la température.

L'*infiltration d'urine*, avec la tuméfaction du périnée, de la verge et des bourses, et l'anamnétique constitué par le sondage et la fausse route, n'est pas une cause sérieuse d'erreur de diagnostic.

Nous cherchons alors les signes indiqués plus haut, à l'article symptomatologie, pour savoir s'il ne s'agit pas d'un abcès rétrovésical. La fièvre nous l'avons puisque c'est elle qui nous a mis sur la voie des recherches, mais les douleurs, si elles existent, et les urines, ne se différencient en rien de celles de la cystite (sauf le cas de matières dans les urines). Les symptômes généraux signifient simplement que le sujet est infecté, mais où ?

Nous sommes ainsi amenés à faire un toucher rectal pour essayer de découvrir un abcès.

La première erreur à ne pas commettre est de diagnostiquer un abcès rétrovésical quand il ne s'agit que d'*hémorroïdes*, non pas externes ou internes procidentes bien entendu, car elles crèvent l'œil, mais internes non procidentes. On doit trouver des tumeurs arrondies, molles, réductibles à la compression, sessiles ou pédiculées, qui ne laissent guère de doute sur-

tout parce qu'on a d'ordinaire plusieurs boudins les uns à côté des autres et non une tumeur unique.

Le siège bas situé des hémorroïdes est encore un moyen de distinction. On pourra s'assurer d'ailleurs de la chose par l'examen au spéculum en dehors des périodes congestives.

La *prostatite simple*, sans périprostatite, sera facilement reconnue à ce fait que les contours de la glande seront nets, malgré les quelques irrégularités que l'on pourra trouver dans sa consistance. Si l'on a de la périprostatite, la prostate ne sera plus délimitée aussi nettement. Le pus semblera plus près du doigt, la muqueuse rectale sera moins souple que dans la prostatite. On sentira une plaque phlegmoneuse sous le doigt. Dans ce cas, il sera bien difficile de dire si cette plaque remonte en arrière de la vessie ou reste rétroprostatique. Si l'on a le doigt long ou si l'on a la chance d'examiner un malade dont le bas fond vésical n'est pas loin de l'anus, on cherchera à atteindre ce bas fond. Si l'on n'y arrive pas, il sera impossible de se prononcer. Supposons que, le malade ayant ou non de la périprostatite, on ait atteint le bas fond vésical. Si la région rétrovésicale est saine, nous sentirons les deux vésicules séminales en arrière et au dessus de la prostate, à droite et à gauche de la ligne médiane, au point où elles pénètrent dans la glande et ce sera tout.

S'il existe une tumeur, de quoi s'agira-t-il ?

D'abord éliminer une inflammation simple de la vésicule, ce qui sera relativement facile, si celle-ci a conservé dans l'ensemble sa place et sa forme.

Il sera très difficile d'éliminer un kyste suppuré de la prostate. D'ailleurs, ce cas est rare et peut être considéré comme un pur et simple abcès rétrovésical d'origine prostatique.

L'écueil le plus sérieux est constitué par un *diverticule vésical* possible bombant entre les deux vésicules. On pourra alors se souvenir que ces cellules ont, en général, des parois régulières, une forme arrondie (Rochet). Nous n'attendrons pas grand secours dans le cas particulier du procédé qui consiste, après avoir rempli la vessie et l'avoir mobilisée, à dire qu'il s'agit d'une cellule si la tumeur fait corps avec la vessie. On ne pourra vraiment faire le diagnostic différentiel qu'après cystostomie.

Somme toute, pour faire le diagnostic d'abcès rétrovésical quand le malade fait de la température, il faut éliminer tout d'abord les causes ordinaires de température chez un prostatique et trouver au toucher rectal, au dessus de la prostate, une tumeur (autant que possible douloureuse, chaude et fluctuante), qui ne soit pas due à une vésiculite ou à un diverticule vésical.

Comme les abcès rétrovésicaux sont souvent latents et se développent sans température ou même sans troubles de l'état général, il faudra, pour les dépister si possible à leur début, faire par « routine », chaque jour, un toucher rectal à ses prostatiques. Cette habitude est aussi légitime et nécessaire que celle du médecin qui ausculte à chaque visite le cœur de ses rhumatisants.

CHAPITRE VIII

Pronostic et traitement

Quand l'abcès se fait jour par une fistule rectale, il guérit assez facilement, quitte à récidiver à la première déficience de l'état général du malade. De même lorsqu'une fistule périnéale se forme, elle peut traîner en longueur. Néanmoins ces deux cas, qui paraissent mauvais à première vue, sont d'un pronostic bien meilleur que ceux dans lesquels le pus semble circonscrit. En effet, rien ne prouve qu'il ne va pas donner une péritonite du Douglas ou une septicémie qui peuvent être mortelles au lieu de rester localisé ou d'envoyer quelques fusées de périecystite relativement bénigne.

Le pronostic est donc toujours mauvais, surtout lorsque l'Ambard et l'urée sanguine dénotent une intoxication. La fistule n'empêche pas que la péritonite ou la septicémie sont toujours possible, aussi est-il de toute importance que le traitement soit précoce. On ira chercher le pus et on l'évacuera largement.

On pourrait se servir de l'incision à travers le rectum, qui était autrefois en honneur pour les abcès prostatiques. On se servait soit du bistouri, soit du thermocautère, soit simplement de l'ongle. Ces moyens sont abandonnés, malgré les bons résultats obtenus par Routier (désinfection préalable du rectum et incision précoce), car la désinfection est toujours imparfaite. La plaie s'infecte les jours suivants, on risque des hémorragies. Enfin, la voie ouverte au pus est insuffisante.

« L'incision périnéale ou prérectale (Segond, Dittel) se fait comme dans le premier temps de la prostatectomie ; il est même bon de pratiquer le décollement du rectum sur toute la face postérieure de la prostate, ce qui est laborieux en cas d'adhérences de péri-prostatite ; on est alors en mesure de pratiquer sur chacun des lobes une incision verticale aussi longue que le nécessitent le nombre et l'étendue des abcès. Par cette incision, le doigt explore la cavité, détruit les cloisonnements, évacue les débris et le pus.

« S'il y a, en même temps, des abcès péri-prostatiques, le pus est souvent rencontré pendant le décollement du tissu rétro-prostatique, parfois très bas, surtout s'il y a fistule périnéale. Il faut remonter jusqu'au delà du bord supérieur de la prostate pour rencontrer la collection rétro-vésicale péri-vésiculaire ; en tous cas, on recherchera soigneusement tous les foyers purulents, le doigt leur assurera de larges communications ; enfin, un drainage au moyen de gros tubes sera établi jusqu'aux plus lointaines anfractuosités. » (Desnos et Minet, *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 320.)

On pourra s'en tenir là si les symptômes de l'hypertrophie prostatique ne sont pas très accusés et si l'on a l'impression d'avoir bien évacué le pus, tout le pus de l'abcès. Sinon, et le cas est fréquent, on fera la

cystostomie pour mettre la prostate, le bas fond vésical et la région de l'abcès au repos. On en profitera souvent pour attaquer la région rétrovésicale par la voie supérieure, comme le fit Bazy, en 1914, dans un cas de phlegmon susprostatique (chez un sujet non prostatique), dont les limites supérieures n'étaient pas connues. Il décrit l'opération dans le *Journal d'Urologie* de 1920, page 337 :

« Pour atteindre aussi haut, en partant du périnée, j'aurais dû faire la grande incision de la prostatectomie périnéale, j'aurais déterminé des dégâts dont la conséquence est l'incontinence d'urine temporaire, il est vrai, mais pénible, qui suit ce mode opératoire, et enfin et surtout mon opération aurait pu être incomplète, le débridement aurait pu être insuffisant, les limites supérieures de la lésion m'étant inconnues, comme je l'ai dit.

« C'est pourquoi je me décidai pour un autre mode opératoire et pour la voie haute, suivie d'un drainage par la partie déclive, par le périnée.

« Je commençai par une incision comme pour la taille hypogastrique ; mais au lieu de remplir la vessie, je pris soin de la faire vider complètement ; je la dénudai, pour la repérer ; puis, décollant sa face droite et en partie sa face postérieure, j'arrivai au bas-fond de la vésicule séminale droite ou tout au moins à son niveau. En dissociant le tissu cellulo-adipeux de la région, tout en me maintenant contre la paroi vésicale, je vis s'accumuler, au fond de la cavité, un liquide roussâtre assez fluide, que je ne recueillis pas, parce qu'à ce moment il m'eût été impossible de le faire examiner, mais je ne trouvai pas d'abcès véritable.

« Cela fait, j'introduisis un clamp courbe, au moyen duquel je fis bomber la peau du périnée du côté droit, dans le triangle ischio-bulbaire ; je fis une incision de 2 centimètres, parallèle à la ligne médiane, qui me permit de passer, serré par les mors de la pince, un fort drain que j'attirai et fis ressortir par l'incision abdominale, »

On atteindra donc, dans les cas simples, l'abcès par voie périnéale. Dans les cas où l'extension en haut sera trop prononcée, on appliquera la méthode de Le-gueu, l'incision abdomino-périnéale.

Après avoir constaté l'abcès rétrovésical, on laissera le malade se désinfecter et reprendre des forces, la prostatectomie ne devant être pratiquée que sur un malade résistant et dont la région aura été bien désinfectée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hypertrophie prostatique ; abcès rétro-vésical, avec fusées vers le rectum et vers le périnée. Obstruction intestinale. Mort. Autopsie.

(Service de M. le Professeur GAYET)

P., Armand, 67 ans, garçon de peine à Lyon, entre dans le Service d'Urologie, le 10 décembre 1923, pour rétention d'urine.

Fièvre typhoïde à 18 ans. Nie absolument toute maladie vénérienne. Pas d'autres antécédents intéressants. Le début de l'affection remonte à environ trois semaines. Le malade s'est aperçu d'abord qu'il était obligé d'uriner très fréquemment et peu à la fois. Il a eu une crise de rétention, il y a quinze jours. Un docteur consulté l'a sondé et l'a envoyé dans le service.

A l'examen, le malade ne présente pas de douleur à la palpation de l'abdomen et aucun point douloureux, pas de hernie. Mais le malade souffre d'hémorroïdes et d'une constipation opiniâtre.

Le toucher rectal révèle une grosse prostate de consistance adénomateuse.

Le malade urine très peu, et, à la sonde, on retire une faible quantité. Urée sanguine : 0,70 ; constante : 0,28. La température oscille entre 38° et 39°, ce qui est mis sur le compte d'une infection rénale, les urines étant très troubles. C'est pourquoi, le 14 décembre :

Cystotomie sous anesthésie locale.

La température n'est pas diminuée par cette intervention.

Le 24 décembre, on note : Depuis quatre jours, le malade est dans un état inquiétant ; la fièvre ne se modifie pas, mais il y a des signes d'obstruction intestinale, avec contractions antipéristaltiques, gros ballonnement de l'abdomen, anorexie, cependant pas de vomissements. A l'aide de la sonde rectale, on est arrivé à provoquer une expulsion de gaz et de matières presque journalières, mais bien vite le ballonnement revient. Pendant dix jours, on lutte contre cette obstruction dont la cause ne se précise enfin que le 24 décembre. Ce jour-là, au toucher, on trouve au niveau de la corne latérale droite de la prostate, ou plutôt un peu au-dessus, une grosse tuméfaction (volume du poing) dure, irrégulière, refoulant le rectum et le contournant en croissant. Il s'agit d'une collection qui tend à percer en arrière et vers le périnée.

On pratique immédiatement l'incision de la prostatomie périnéale. Dès qu'on a incisé le muscle recto-urétral, on ouvre une poche de pus bien lié, grisâtre : cette poche communique par un trajet en bouton de chemise, avec la poche rétro et sus-prostatique que l'on ouvre à la sonde cannelée, puis au dilateur gouttière. On explore cette poche avec l'index droit, l'index gauche étant dans la vessie, par l'orifice de cystostomie. On trouve que les deux doigts ne sont séparés que par la paroi postéro-latérale de la vessie. On explore ensuite avec un doigt dans le rectum ; on reconnaît la présence d'un orifice circulaire, haut situé, faisant communiquer le rectum avec le foyer. Drain et mèche.

Malgré cette incision, la température ne s'abaisse pas et le malade succombe quarante-huit heures après, de septicémie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve dans le péritoine aucun épanchement, mais le Douglas est en quelque sorte supprimé, refoulé par une collection sous-jacente : tout l'appareil urinaire est extirpé en bloc avec le rectum. On peut alors noter sur la paroi latérale et postérieure droite de la vessie une poche d'abcès, d'ailleurs vide, où pénètrent les drains ; on reconnaît la communication avec le rectum. On ouvre la vessie et on note une infiltration de cette vessie dont la paroi est criblée, comme une éponge, de pus, d'abcès intramusculaires. Un stylet passe d'un de ces abcès, par un

trajet sous-muqueux, presque dans le lobe droit de la prostate qui, lui-même est occupé par un abcès du volume d'un œuf de pigeon.

Le lobe gauche hypertrophié présente simplement un foyer congestif violacé en son centre ; à la pression, on fait soudre sur la tranche de section des vermiotes de pus.

Les uretères ne sont pas dilatés. Le rein gauche est à peu près sain, sauf une légère plaque de néphrite ancienne. Le rein droit est plus congestionné et présente de la néphrite rayonnante.

Rien **aux autres organes.**

OBSERVATION II

Hypertrophie prostatique. — Abcès rétro-prostatique.

(Service de M. le Professeur GAYET.)

M... Jean, marié, âgé de 64 ans, cultivateur, entre dans le service d'Urologie pour rétention, le 27 octobre 1923.

De bonne santé habituelle, il a vu débiter l'affection actuelle il y a quatre ans environ par une crise de rétention aiguë. Son médecin évacua la vessie par le cathétérisme et lui apprit à se sonder. Depuis lors, l'affection a évolué avec des hauts et des bas, le malade pouvant parfois uriner un peu pendant la journée, mais obligé de se sonder à peu près toutes les nuits.

Il y a quinze jours, il ne put réussir à passer la sonde et son médecin le trouvant en rétention complète l'envoie dans le service, où on peut le soulager à l'aide d'une sonde à grande courbure.

A l'examen, on trouve par le toucher rectal une grosse prostate, bombant dans le rectum, molle et douloureuse, semblant déjà suppurée. Le toucher fait évacuer par l'urètre quelques gouttes de pus. Les urines sont d'ailleurs troubles et laissent déposer dans le bocal un dépôt purulent.

Le 31 octobre, je pratique la cystostomie sus-pubienne.

La constante d'Ambard est de 0,17, avec 0 gr. 56 d'urée sanguine.

L'exploration digitale avec un doigt dans le rectum révèle une grosse prostate, du volume d'une orange, et dont l'expression ramène dans la vessie une certaine quantité de pus très fétide.

L'évacuation des urines étant assurée et la température étant peu élevée, avec un bon état général, nous attendons quelques jours, espérant que la désinfection de la prostate pourra se faire, puisque le pus se vide dans la vessie.

Mais, au bout d'une semaine, l'état général s'altère, le malade continue à être subfébrile et paraît se cachectiser. Son testicule et son épididyme droit sont très indurés, un peu gros, sans signe de suppuration. Ecoulement urétral abondant, accéléré par le toucher prostatique. Mais le toucher indique que la masse qui bombe dans le rectum ne diminue pas.

Le 8 novembre, prostatectomie périnéale. Au moment où l'on ouvre l'espace décollable rétroprostatique, écoulement d'un grand verre de pus très fétide. Cette poche est tout entière en arrière et au-dessus de l'adénome prostatique qui reste intact, et dans lequel le doigt ne pénètre pas. Mèche et drains.

La température n'est pas descendue immédiatement, car l'orchite droite a suppuré et ce n'est qu'après l'incision de cette orchite que la fièvre est tombée et que l'état général est redevenu bon.

Le malade est sorti avec un appareil à cystostomie le 6 janvier. Le 15 janvier, il est revenu à la consultation. Au toucher, on sent une prostate énorme, mais résistante, et certainement adénomateuse.

Le 22 janvier, K : 0,12 et U : 0,32.

Nous intervenons le 1^{er} février 1924. Injection épidurale de 15 cgr de novocaïne.

On opère un quart d'heure après. La dilatation se fait sans réaction du malade, mais quand on commence l'énucléation de la prostate, le malade souffre et vomit. On est obligé de lui donner du kélène. La prostate est enlevée. Hypertrophie

des 3 lobes : grosse prostate molle, du type pudding. Poids : 125 grammes.

19 février 1924 : La température oscille toujours autour de 38°. Les urines, fortement purulentes, empêchent de mettre une sonde à demeure qu'elles boucheraient avec les grumeaux. Cette nuit, une fistule périnéale s'est établie, laissant sourdre une assez grande quantité de pus bien lié, d'odeur fétide.

Le toucher rectal montre qu'il existe encore une poche purulente haut située, rétrovésicale. On place un drain.

21 février 1924 : En lavant la fistule périnéale, on se rend compte qu'il existe une communication entre elle et la vessie.

29 février 1924 : Incision au niveau du scrotum d'un abcès urinaire. On ouvre plusieurs poches par où s'écoule du pus très fétide. On en prélève pour l'envoi au laboratoire et autovaccin. Drains.

22 mars 1924 : La cicatrisation se poursuit normalement, tous les drains ont été supprimés.

30 avril 1924 : Intervention. Suture de la plaie hypogastrique où persistait une fistule.

Le 13 mai 1924, le malade sort guéri.

OBSERVATION III

Hypertrophie prostatique. — Cystostomie. — Abcès prostatique et rétro-vésical. — Périnéotomie.

(Service de M. le Professeur GAYET.)

C... Félix, 64 ans, entre à l'hôpital le 28 décembre 1923, pour accidents dysuriques.

Pas de blennorragie antérieure, ni aucune maladie urinaire. Début de l'affection actuelle il y a deux ou trois mois, par polyurie et pollakiurie. Il urinait la nuit toutes les heures. Il y a un mois, crise aiguë de rétention, avec incontinence par regorgement. Le malade n'a pas été sondé.

A l'entrée, vessie à l'ombilic. Le toucher rectal montre une très grosse prostate, de consistance adénomateuse.

Appareil pulmonaire : quelques râles de congestion, aux bases. Au cœur, souffle systolique dans toute la région précordiale, propagé dans l'aisselle. Urée : 1 gr. 13.

Le 29, sous anesthésie locale, cystostomie.

Depuis, la température a oscillé entre 38° et 39°, pendant une huitaine de jours. Elle était d'ailleurs de 39° à l'entrée. Puis, elle est descendue entre 37°5 et 38°5, avec toujours des oscillations.

Vers le 15 janvier, reprise de grandes oscillations. Le toucher rectal montre une tumeur un peu dure au niveau de la prostate, siégeant plutôt du côté gauche. La pression à son niveau est très douloureuse.

Le 19 janvier, on pratique une anesthésie par injection épidurale de novocaïne à 5 %. Cette anesthésie a été parfaite. Périnéotomie transversale. Le décollement du rectum est très difficile en raison d'adhérences ; on l'ouvre à la sonde cannelée et on voit s'écouler du pus ; le dilatateur écarte l'orifice et évacue un grand verre de pus. Le doigt a peine à arriver au fond de la poche, tout à fait en arrière de la vessie. La prostate semble avoir fondu.

La température monte le soir à 40°, mais redescend rapidement. Le malade semble en bonne voie.

Le 23 décembre 1923 : Urée du sang : 1 gr. 13 par litre.

Le 23 janvier 1924 : Depuis l'incision, la température est tombée complètement et la suppuration diminue d'intensité. Le malade conserve encore une mèche et un drain.

6 février 1924 : Toucher rectal. Sensation de cavité très dure cicatricielle. On ne sent plus la prostate.

16 février 1924 : La plaie hypogastrique se cicatrise.

On a essayé de supprimer la sonde à demeure que le malade a depuis 8 jours. La fistule hypogastrique s'est ouverte et il a fallu remettre la sonde.

20 février 1924 : Depuis une semaine, le malade présente des douleurs articulaires au niveau des poignets. Elles s'ac-

compagnent localement d'hyperthémie. Pas de température, Pseudo -rhumatisme infectieux, semble-t-il.

Le 4 mars, le malade sort cicatrisé de ses plaies hypogastrique et périnéale.

OBSERVATION IV

Phlegmon diffus périvésical consécutif à un abcès développé dans une prostate adénomateuse. — Intervention chirurgicale. — Guérison (Bœckel).

K... Antoine, âgé de 59 ans, entre le 25 avril 1920, à 11 heures du matin, à la clinique chirurgicale du Professeur Sencert, pour une rétention d'urine complète, datant de la veille au soir.

Je suis appelé d'urgence auprès de ce malade, qui me fournit les renseignements suivants :

A part une blennorrhagie survenue à l'âge de 19 ans et guérie rapidement, il a toujours été bien portant jusqu'il y a quelques mois.

Vers novembre 1919, il commença à présenter de la dysurie et de la pollakyurie nocturne. Un accès de rétention aiguë survenu il y a quelques semaines, céda facilement à un sondage pratiqué par un confrère avec une grosse sonde de Nélaton.

Dans la suite, il fut sondé à plusieurs reprises avec des sondes rigides, parfois avec de grandes difficultés, le cathétérisme provoquant toujours une hématurie.

Appelé dans l'après-midi du 24 avril, pour un nouvel accès de rétention aiguë, le médecin, malgré de multiples tentatives, qui amenèrent une forte hématurie, n'arriva à passer aucune sonde dans le canal et l'envoya le lendemain matin à l'hôpital civil de Strasbourg.

Etat actuel. — La vessie du malade est très distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. La peau de toute la région hypogastrique est rougeâtre, rouge violacé par endroits ; le tissu

cellulaire est notablement infiltré par un œdème dur ; la palpation est douloureuse. L'infiltration s'étend à la verge et au prépuce, qui sont œdématiés, eux aussi, et très notablement augmentés de volume. Il en est de même des bourses, qui ont les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Par contre, le périnée est souple et présente une coloration normale, sauf en arrière, immédiatement au devant de l'anus, où il existe aussi un peu de rougeur et un léger œdème. Par le toucher rectal, on sent une prostate notablement augmentée de volume et offrant une consistance molle. La pression exercée sur la glande ramène un liquide puriforme par l'urètre.

L'état général est des plus précaires : faciès terreux, yeux encavés, langue sèche, fuligineuse, soif vive, céphalée, nausées. Température : 39°1 pouls à 134. Le malade présente en un mot tous les signes d'une profonde infection doublée d'intoxication. Il ne peut émettre la moindre goutte d'urine, souffre atrocement et réclame une intervention immédiate.

Sans m'attarder à tenter un cathétérisme, sûrement difficile et très probablement nocif, je pratique rapidement, sous anesthésie locale, une incision médiane sus-pubienne. Après avoir traversé une région profondément infiltrée de sérosité purulente, je pénètre dans la cavité de Retzius, d'où s'échappe un pus mal lié, très fétide. Tout le tissu cellulaire pré et latérovésical est envahi par une infiltration puriforme ; il n'y a pas de collection enkystée. Vers le sommet de la vessie, l'infiltration est seulement œdémateuse.

La vessie est ouverte. L'urine qui s'en échappe est trouble, nauséabonde. Introduisant ensuite l'index droit dans sa cavité, l'index gauche dans le rectum, je comprime la prostate entre ces deux doigts et évacue le pus, qui y est renfermé, à la fois par la vessie et par la plaie hypogastrique. La glande une fois vidée reste néanmoins très volumineuse.

Il pratique des débridements multiples sur la verge et le scrotum et évacue ainsi un liquide puriforme. Introduction de mèches imprégnées d'eau oxygénée. Le périnée, lui aussi, est incisé au devant de l'anus et drainé ; à ce niveau l'infiltration est minime et simplement œdémateuse.

Un gros tube de Fayer est introduit dans la vessie ; la cavité de Retzius et les régions latéro-vésicales sont largement drainées.

Injections d'huile camphrée à hautes doses, d'électrargol, de sérum en quantité modérée ; spartéine, boissons abondantes, urotropine.

Les suites opératoires sont favorables. La fièvre tombe ; l'état général se remonte relativement vite. Par la plaie sus-pubienne s'éliminent, au bout de quelques jours, des lambeaux sphacelés ; puis la plaie se comble rapidement. Néanmoins, je crois prudent de maintenir assez longtemps le drainage.

Les bourses se dégorgent progressivement ; la verge, par contre, reste volumineuse, malgré le débridement. D'où nécessité de nouvelles incisions, grâce auxquelles l'état normal se rétablit.

Le canal de l'urètre se ressent des fausses routes qui y ont été pratiquées ; il est dilaté facilement jusqu'au béniqué n° 60, une fois atténués les symptômes infectieux.

La prostate, qui était énorme, diminue progressivement de volume ; mais trois semaines après l'opération, elle présente encore des dimensions très supérieures à la normale ; dès lors, elle ne régressera plus.

Sa consistance est redevenue ferme ; à part quelques bosselures, elle est partout lisse.

Le toucher digital permet de suivre facilement cette évolution. La glande, complètement fixée tout d'abord, devient progressivement plus mobile, et j'ai l'impression que j'arriverai assez facilement à pratiquer l'énucléation de l'adénome intraprostatique, lorsque les conditions le permettront ; l'existence de cet adénome ne paraissant pas douteux. Des lavages vésicaux quotidiens éclaircissent progressivement les urines.

Le malade ne nous paraissant pas encore en état de supporter le second temps de l'intervention, je diminue progressivement le calibre du drain intra-vésical et renvoie chez lui mon patient, muni d'un appareil collecteur d'urines, le 18 juillet.

Il est revenu me trouver il y a quelques jours en parfait état, ayant augmenté de 8 kilos. Les urines sont devenues tout à fait claires : azotémie : 0 gr. 27 ; constante uréo-sécré-

toire : 0,061. Tout permet donc d'espérer que ce malade supportera aisément la prostatectomie que je compte entreprendre dès mon retour à Strasbourg.

J'ai cru intéressant de relater ce cas. Il s'agit, en somme, d'une infiltration de la loge supérieure du périnée, d'un phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique, éventualité exceptionnelle suivant l'opinion du Professeur Legueu (2), qui, dans un article paru en 1913, dans le *Journal d'Urologie*, n'en a relevé que deux cas : l'un lui est personnel, l'autre est dû à Héresco.

OBSERVATION V

Rétrécissement. — Rétention. — Sonde à demeure.

(Service de M. le Professeur ROCHET.)

K... Ben Ali, 54 ans, manœuvre, entré le 16 mai 1924, décédé le 10 juillet 1924.

Le malade vient de l'hôpital de Villeurbanne, où il a séjourné pendant 40 jours. Il y est entré pour des troubles de la miction et de la défécation.

Dans les antécédents personnels et héréditaires, rien à signaler, si ce n'est une blennorragie il y a 15 ans, soignée pendant 8 mois et guérie.

Le malade nie la spécificité.

L'affection actuelle, du moins de ce qui est des troubles de la miction, a débuté il y a 4 mois. Le malade en urinant éprouve une sensation de cuisson vive marquée surtout à la fin de la miction.

Le jet, prétend le malade, a gardé sa force et son amplitude.

D'autre part, il y a de la pollakyurie, surtout la nuit, où il est très souvent réveillé par un besoin impérieux (25 fois

(1) Cette opération, pratiquée le 3 Novembre, a été suivie de succès.

(2) Legueu. — Le phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique, *Journal d'Urologie*, 1913, pp. 1-7.

par nuit et 12 fois par jour). Le malade a eu des urines hématuriques il y a 2 mois, durant son séjour à l'hôpital de Villeurbanne.

Examen de l'appareil génito-urinaire. — Reins non perçus, ni à droite, ni à gauche.

Toucher. — Prostate dure, légèrement hypertrophiée à droite, mais sans qu'on puisse dire que la glande est notablement hypertrophiée. Paquet hémorroïdaire.

Urètre. — Le cathétérisme exploré avec sonde en gomme à boules montre qu'il existe des zones de rétrécissement.

1° Avec le n° 19, un rétrécissement à 4 centimètres du méat ;

2° Avec le n° 16, un rétrécissement à la région bulbaire ;

3° Avec le n° 12, un rétrécissement légèrement en bas.

Examen des urines. — L'examen macroscopique montre des urines troubles, qui ne s'éclairent pas après l'addition d'acide acétique. L'examen microscopique, après centrifugation, révèle la présence de nombreux diplocoques et globules de pus.

Examen de l'état général. — Poumons : s'enrhume tous les hivers. Sommets douteux.

Tube digestif : Langue légèrement sale.

Cœur : Rien.

Foie : Non perçu.

L'exploration à boule n° 20 passe facilement. On fait le cathétérisme avec une sonde en caoutchouc molle de Nélaton. Mais les urines sont fortement purulentes, la langue est rôtie, le malade accuse une soif vive et la température est élevée. On fait un lavage de vessie au permanganate et on met une sonde à demeure.

Le 12 juin 1924, on remarque qu'une quantité de pus considérable coule entre la verge et la sonde à demeure. Par contre, l'urine, qui coule par la sonde, est claire. Le toucher rectal, qui augmente l'écoulement du pus, fait sentir un bas-fond vésical infiltré et un empâtement au niveau de la face rétro-prostatique qui indique la présence d'un abcès. On décide d'intervenir sur la périnée.

Intervention par MM. Thévenot et Regondet. Incision transversale du périnée. On décolle jusqu'à la face rétroprostatique

où l'on aperçoit une poche fluctuante qui est incisée et drainée.

Le malade meurt le 10 juillet 1924. On fait l'autopsie, mais aucun rapport n'est joint à l'observation. Nous avons pu néanmoins voir la pièce et constater l'emplacement d'un abcès du volume d'un abricot qui était à la fois rétrovésical et rétroprostatique.

OBSERVATION VI

Dans « Contribution à l'étude des abcès non tuberculeux de la prostate », *thèse de THERRE, 1907, Lyon, Obs. II : Abcès rétro-vésical chez un prostatique non goné de 80 ans. Guéri par périnéotomie.*

A. V., 80 ans.

Entré à l'hôpital Saint-Joseph, le 26 octobre 1904, pour hypertrophie prostatique. Ni blennorrhagie, ni coliques néphrétiques. A été lithotritié pour un calcul vésical. Syphilis à l'âge de 23 ans.

L'affection actuelle a débuté il y a cinq ans par une rétention aiguë d'urine. Après quelques cathétérismes, il put uriner spontanément jusqu'à l'année suivante, où il fut pris de nouveau d'une rétention. Nouveaux cathétérismes. Depuis ce mois est en rétention complète et est obligé de se sonder neuf et dix fois par jour.

Pas d'hématurie, un peu de douleur en voiture et en chemin de fer.

A l'examen : bon état général. Les urines sont purulentes, d'odeur désagréable. Un peu d'induration sur le testicule gauche due à une ancienne orchite.

Toucher rectal : Prostate grosse, sans bosselure particulière.

3 avril 1905 : Prostatectomie périnéale par le Docteur Rafin. La prostate est abordée facilement et le décollement de la capsule est aisé. Pendant l'ablation de la prostate, on

ouvre un abcès d'où il découle beaucoup de pus. La cavité de l'abcès, qui est large, paraît siéger en arrière de la vessie.

Les suites furent excellentes.

4 mai 1905 : Plaie périnéale fermée. Malade quitte l'hôpital.

Mars 1907 : Va parfaitement bien. Etat général et local excellent.

OBSERVATION VII

(SECOND, Obs. XXIX.)

Pierre dans la vessie. — Hypertrophie prostatique. — Abcès des parois vésicales. — Vaste suppuration intervésico-rectale et périprostatique. — Fusées multiples vers la région inguinale et le long du psoas du même côté. — Péritonite. — Mort.

Homme de 66 ans. Rentre à l'hôpital le 19 mai 1879.

Le 4 juin, lithotritie difficile.

Le 6 juin, cystite sans fièvre.

Le 14 juin, lithotritie *difficile*. Le 14 au soir, 38,6 axillaire.

Le 15 juin, tuméfaction dans la région inguinale droite (abcès), prostration.

Le 18 juin 1879, mort.

Autopsie. — Le rein droit est légèrement congestionné. L'autre rein et les uretères sont sains. Lésions péritonéales surtout dans la région droite de la cavité abdominale et au niveau du cul-de-sac vésico-rectal où l'on trouve quelques fausses membranes.

Aucune hernie inguinale droite. A la partie latérale du sac et sous lui se trouve une collection purulente qui plonge dans le bassin, vers la base de la prostate, en suivant le déférent, qui est disséqué, épaissi, injecté, baigné de pus. A la région inguinale, le clapier se bifurque. Une partie va à la bourse droite en dedans du testicule, Une autre suit le ligament suspenseur de la verge.

Vaste clapier périprostatique et périvésical, masquant la moitié droite de la face postérieure de la vessie et la moitié correspondante de la face antérieure. Immédiatement au-dessus du lobe droit de la prostate est « le point de départ » de cette suppuration : sur la paroi vésicale épaissie, trois petits abcès qui communiquent et s'ouvrent dans la vessie par une ouverture de 5 *centimètres* (?). Vésicule séminale droite détruite, prostate très grosse, lobe moyen faisant une forte saillie au niveau du col. Le parenchyme de la prostate ne contient pas de pus. Pas de perforation vésicale. Gravier obstruant l'urètre prostatique. Muqueuse urétrale intacte.

OBSERVATION VIII

(SECOND, Obs. XXVIII.)

Pierre dans la vessie chez un homme de 73 ans. — Hypertrophie prostatique. — Séances de lithotritie. — Abcès périprostatique. — Ouverture spontanée dans le rectum. — Mort.

Le 20 mars 1879, le malade rentre à l'hôpital. Pollakiurie remontant à 2 ans. Le sujet pisser toutes les heures. Il a du gravier dans ses urines depuis 4 ou 5 ans. On trouve une seule pierre volumineuse dans sa vessie.

Le 29 mars, séance infructueuse de lithotritie. Même chose le 2 avril.

Du 5 avril au 7 avril, difficultés pour uriner, malaise général, température. Quelques graviers sont retirés du canal.

Le 9 avril, troisième séance pénible de lithotritie. Le soir, 39°4 axillaire.

Le 10 avril, la température redevient normale.

Le 20 avril, épidydymite depuis quatre jours, fièvre, anorexie, langue sèche.

Jusqu'au 5 mai, l'état reste mauvais. Matin : 37°5 à 38°, le soir, 38°5 à 39.

Le 6 mai, issue d'une grande quantité de pus par l'anus. Un abcès périprostatique s'est développé lentement, sourdement, sans éveiller de douleur. Toute la région prostatique est phlegmoneuse. L'empâtement dépasse les limites de la prostate et s'étend surtout du côté de la vésicule séminale droite. Prostration. Le malade meurt le 10 juin.

Autopsie. — Deux fragments de calcul dans la vessie. A la partie postérieure et latérale droite, immédiatement au-dessus de la base de la prostate, on trouve une vaste cavité, large et haute de 4 travers de doigt, pleine de pus. Des fausses membranes, grisâtres et feuilletées, limitent cette poche. Le péritoine sus-jacent est sain. La vésicule séminale droite, située immédiatement en avant de cette poche purulente, est englobée au milieu d'un tissu cellulaire engorgé et phlegmoneux, mais elle est saine. La poche purulente envoie en avant un prolongement qui contourne la partie latérale gauche de la prostate, gagne l'extrémité externe du bord supérieur de sa face antérieure et se termine en cul-de-sac contre la partie correspondante de la paroi vésicale.

Sur la partie inférieure de l'urètre, à l'entrée de la portion prostatique, se voit un étroit pertuis, vestige d'une perforation ancienne. Il conduit dans un étroit cul-de-sac qui remonte un peu vers le lobe gauche de la prostate, mais qui n'affecte pas de communication avec le diverticulum de la partie purulente décrite plus haut. La prostate est très volumineuse, les deux lobes latéraux sont également développés. Le lobe moyen fait une légère saillie au niveau du col. Le parenchyme de la glande ne contient pas de pus. Au niveau du lobe gauche, les glandules sont un peu dilatées et laissent sourdre à la pression des gouttelettes visqueuses et blanchâtres, mais non du pus.

OBSERVATION IX

(postérieure à la rédaction de la thèse)

G... Jean-Pierre, 56 ans, cultivateur, entré le 8 novembre 1924, dans le service de M. Gayet.

Le malade entre pour rétention d'urine.

A. H. : Père et mère morts d'affection indéterminée. Pas d'antécédents collatéraux.

A. P. : Aucune maladie dans l'enfance. Nie la spécificité. Pas de blennorrhagie. Marié, femme en bonne santé, sans fausse couche. Deux filles en bonne santé. L'affection actuelle remonte à trois semaines. Le début aurait été marqué par une pollakiurie très vive et le lendemain, le malade avait une crise de rétention aiguë. A l'entrée, rétention avec distension.

Le 8 novembre 1924, intervention d'urgence : cystostomie sus-pubienne, sonde de Pezzer. Toucher rectal : grosse prostate, sans induration ; il s'agit d'un adénome prostatique.

Le 18 novembre, le malade fait de la température et on remarque une issue de liquide purulent par le canal de l'urètre. Le 17, au soir, la température est de 39°2. Au toucher rectal, on sent très haut, au-dessus de la prostate, une région empâtée et l'on fait sortir par l'urètre une cuillerée à café de pus. Le 19 novembre, on fait une prostatectomie périnéale. On arrive sur une prostate adénomateuse et on incise successivement les deux lobes, sans d'ailleurs arriver à rencontrer le pus. On reconnaît cependant une sorte de cavité entre la prostate et la loge et on pense que le pus a dû venir s'ouvrir dans le rectum. On laisse des mèches de chaque côté, une mèche médiane et on rétrécit l'incision par deux points.

CONCLUSIONS

1° Parmi les complications infectieuses de l'adénome prostatique, une place doit être faite aux abcès rétro-cervico-vésiculaires.

2° Ces abcès semblent avoir souvent pour origine une infection de la prostate. Ils sont parfois consécutifs à l'infection de la paroi postérieure de la vessie.

3° Leur symptomatologie est très obscure. Nous attirons l'attention sur la nécessité de penser à ces abcès et de les rechercher.

4° Leur évolution peut être bénigne (fistule rectale ou périnéale), mais en général, c'est une complication très sérieuse chez des malades âgés, tarés au point de vue rénal, en somme affaiblis.

5° On cherchera à dépister ces abcès par de fréquents touchers rectaux aussi hauts que possible.

6° L'affection, une fois diagnostiquée, on ira inciser l'abcès par la voie périnéale, avec ou sans cystostomie sus-pubienne préalable. On s'occupera plus tard du rétablissement de la perméabilité du canal, la prostatectomie ne devant être pratiquée que lorsque la région aura été bien désinfectée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAYET

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Novembre 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AVERSENQ. — Les espaces périprostatiques et leurs abcès. *Association française d'urologie*, 1910.
- Les péricystites. *Rapport présenté à la dix-septième session de l'Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1913.
- Sur les extra prostatites d'origine urétrale. *Journal d'urologie*. T. 12, 1921.
- AVERSENQ et DIEULAFÉ. — Aponévroses et espaces périprostatiques, suppurations périprostatiques. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Janvier 1911.
- BAZY. — De l'incision abdomino-périnéale dans le phlegmon sus-prostatique ou cellulite pelvienne. *Journal d'urologie*, 1920.
- BOECKEL. — Phlegmon diffus périvésical consécutif à un abcès développé dans une prostate adénomateuse. *Vingtième Congrès de l'Assoc. franç. d'urologie*, octobre 1920.
- BRÉCHOT. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1903.
- DEMARQUAY. — Observations de phlegmons périprostatiques, recueillies par Paupert, *Gazette des hôpitaux*, 1856.
- DESNOS et MINET. — *Traité des maladies des voies urinaires*. Doin et fils, Paris, 1909.
- GAYET. — Abcès rétrovésicaux chez les prostatiques. *Lyon chirurgical*, mai-juin 1924.
- Réflexions sur quelques cas d'abcès prostatiques. *Presse médicale*, 30 octobre 1920.
- GUYON. — Affections chirurgicales de la vessie.
- LEGUEU. — Le phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique. *Journal d'urologie*, 1913.

- LEPOUTRE et GENOUVILLE. — Phlegmon gangréneux rétroprostatique et rétrovésical. *Journal d'urologie*, 1921.
- MARION. — De la prostatectomie dans les prostatites chroniques. T. 11, 1921.
- MINET. — Les suppurations prostatiques et périprostatiques (formes et traitement). *Thèse de Paris*, 1901, n° 291.
- ROCHET. — Chirurgie de l'urètre de la vessie et de la prostate, 1895.
- *Archives provinciales de Chirurgie*, 1897.
- *Traité de la dysurie sénile et de ses diverses complications*, 1899.
- SEGOND. — *Thèse de Paris*, 1880 : Abscesses chauds prostatiques et phlegmons périprostatiques.
- SAINT-CÈNE. — *Thèse de Paris*, 1900-1901 : Abscesses latents de la prostate au cours de l'hypertrophie prostatique.
- THERRE. — *Thèse de Lyon*, 1906-1907, n° 112.
- VERLIAC et CHARRIER. — Phlegmon diffus de l'espace pelvi-rectal supérieur et périrectite d'origine urétrale. *Journal d'urologie*, 1921.
-

TABLE DES MATIERES

Chapitre I ^{er} . — Introduction.....	7
Chapitre II. — Historique	9
Chapitre III. — Anatomie normale.....	13
Chapitre IV. — Anatomie pathologique	16
Chapitre V. — Etiologie	19
Chapitre VI. — Symptômes et évolution.	26
Chapitre VII. — Diagnostic.....	30
Chapitre VIII. — Pronostic et traitement.....	34
Observations	38
Conclusions	54
Bibliographie.....	56
